

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marcel LÉONET

Ex-Interne de l'Hôpital de Limoges,
Externe des Hôpitaux de Paris.

UNE NOUVELLE MÉTHODE

DE

RESTAURATION URÉTHRALE

DANS L'HYPOSPADIAS (Variété antérieure)

Président : M. GOSSET, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marcel LÉONET

Ex-Interne de l'Hôpital de Limoges,
Externe des Hôpitaux de Paris.

UNE NOUVELLE MÉTHODE

DE

RESTAURATION URÉTHRALE

DANS L'HYPOSPADIAS (Variété antérieure)

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Président : M. GOSSET, *Professeur.*

PARIS

VIGOT FRERES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—
1920

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR M. POUCHET

PROFESSEURS MM.

Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO.
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Bactériologie.	BESANCON
Carasitologie et Histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Bathologie et Thérapeutique générales.	N.
Pathologie médicale.	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	M. NETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale.	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	HUTINEL
Hygiène et clinique de la première enfance.	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	P. MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEL BET
Clinique des maladies contagieuses.	QUENU
	LEJARS
Clinique chirurgicale.	HARTMANN
	DE LAPERSONNE
Clinique ophtalmologique.	LEGUEU
Clinique des maladies des voies urinaires.	BAR
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	BROCA
Clinique thérapeutique.	A. ROBIN
Clinique d'Oto-rhino laryngologie.	SEBILEAU.

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LOEPER	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ
CAMUS	LABBE (HENRI)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LAIGNEU-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LANGLOIS	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LECENE	OMBREDANNE	TIFENEAU
DESMAREST	LEMIERRE	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LENORMANT	RETTERRER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEQUEUX	RIBIERRE	
GUENIOT	LEREBoullet	RICHAUD	
GUILLAIN	LERI	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

Professeur de Pathologie chirurgicale.
Chirurgien des Hôpitaux.

58A

Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Un grand nombre de procédés ont été proposés et réalisés pour le traitement de l'hypospadias. La technique de Duplay, une des plus anciennes, est restée assez en faveur pour être indiquée comme procédé de choix, dans les traités classiques de technique chirurgicale. Il faut cependant que cette excellente méthode ait laissé place à de nombreux échecs, pour qu'aient apparu un aussi grand nombre de procédés nouveaux. Pour beaucoup d'entre eux, l'intervention reste relativement complexe; elle nécessite, si l'on veut obtenir un résultat satisfaisant, une série de temps opératoires, séparés par des intervalles de plusieurs semaines.

Le procédé que nous allons exposer est de réalisation facile et ne nécessite qu'un seul temps. Il donne un résultat extrêmement satisfaisant; aussi nous a-t-il paru qu'il méritait d'être publié.

Il s'applique essentiellement aux cas d'hypospadias balaniques et d'hypospadias péniers, siégeant à l'extrémité antérieure de la verge.

Imaginé et décrit en 1917 par A. Dean Bevan, de Chicago, ce procédé, en réalité, n'est pas complètement

nouveau, et s'inspire des méthodes d'Ombredanne et de Nové-Josserand. Il a été réalisé en France par M. le Docteur Gernez, Chirurgien des Hôpitaux, à qui nous devons l'observation que nous publions dans ce travail.

Nous prions le Docteur Gernez d'accepter nos remerciements et le témoignage de notre reconnaissance.

CHAPITRE I

Nous n'insisterons pas sur les indications opératoires relatives à l'hypospadias. Nous ne nous étendrons pas non plus sur les temps communs à tous les procédés : libération et redressement de la verge si souvent nécessaires, avant que ne soit tentée la réfection de l'urèthre. Mais il nous paraît indispensable, avant de décrire la technique que nous proposons, de passer en revue les procédés les plus habituellement employés; nous ne signalerons d'ailleurs que les plus courants.

I. — Procédé de Duplay.

Il a été discuté par l'auteur dans les *Archives générales de Médecine* en 1874 et en 1880 (1), et peut être appliqué à toutes les variétés de l'hypospadias.

La reconstitution de l'urèthre se fait en trois séances distinctes :

PREMIER TEMPS. — *Réfection du méat et de l'urèthre balanique.* — On avive à la partie inférieure les deux

(1). DUPLAY. — « De l'hypospadias périnéo-scrotal, et de son traitement ». *Archives générales de Médecine* 1874. 6^e S. T. XXIX, p. 519 et 657. — « Sur le traitement chirurgical de l'hypospadias et de l'épispadias ». *Archives générales de Médecine*, 1880. 7^e S. T. V, p. 257.

lèvres de l'échancrure qui représente le méat, puis plaçant entre elles un bout de sonde, on réunit les parties avivées.

DEUXIÈME TEMPS. — *Création d'un canal.* — La verge étant maintenue bien tendue par un aide qui la renverse, de façon à en présenter à l'opérateur la face inférieure, il est mené deux incisions parallèles, s'étendant de la partie antérieure du gland jusqu'au niveau du méat hypospade. Chacune d'elles est distante de la ligne médiane de quatre millimètres; l'intervalle entre les deux incisions est donc de huit millimètres. Chez le jeune enfant, cet intervalle pourra être réduit dans les proportions jugées convenables. Sur l'extrémité de ces incisions, et perpendiculairement à elles, on branche d'autres incisions longues de quatre ou cinq millimètres. Les deux lambeaux que l'on vient de délimiter sont alors disséqués de telle façon qu'ils comprennent toute l'épaisseur de la peau dans la région pénienne, la muqueuse et une faible couche de tissu spongieux dans la région du gland.

Ces lambeaux vont être rapprochés et suturés, pour constituer le nouveau canal, mais la suture ordinaire étant le plus souvent insuffisante, on obtient l'adossement parfait des larges surfaces avivées, au moyen de tiges en plomb spéciales, percées de trous où passent les fils d'argent; ces tiges isolent, en même temps, les tissus qui se trouvent au-dessus d'elles, si bien que les modifications de la verge pendant l'érection n'influent pas sur la plaie. Les fils d'argent passés au moyen d'une aiguille pénètrent à la base d'un lambeau et cheminent

sous la surface avivée pour ressortir au bord de la surface médiane non avivée. Ils suivent un trajet symétrique du côté opposé, distants les uns des autres d'une longueur égale à celle qui sépare les trous percés dans la tige.

Une sonde, en somme, est alors placée sous les fils d'argent, sur la partie non avivée qui va entrer dans la constitution du nouveau canal. Une extrémité des fils est passée dans les trous d'une tige et enroulée autour de cette tige pour assurer la fixation de ce côté. L'autre extrémité des fils est introduite dans les trous de l'autre tige. Puis les deux tiges sont rapprochées et fixées, et quand le rapprochement est jugé suffisant, on fixe les fils avec les tubes de Gelli. Les deux lambeaux doivent être bien affrontés, mais il faut éviter une striction trop forte, qui déterminerait le sphacèle.

A la dérivation des urines par le méat hypospade muni d'une sonde, on préfère aujourd'hui la dérivation par cystostomie hypogastrique.

TROISIÈME TEMPS. — *Abouchement du canal néoformé avec l'urèthre.* — Cette opération ne peut être tentée qu'après cicatrisation du nouveau canal. Elle consiste à pratiquer un avivement d'une étendue de un centimètre autour de la fistule qui sépare les deux canaux ; les surfaces avivées sont rapprochées au moyen de tiges de plomb identiques à celles qui ont servi à rapprocher les lambeaux.

La cystostomie est encore conservée quelques jours, jusqu'à cicatrisation complète.

II. — Procédé de Von Hacker-Beck (1).

Il est considéré comme procédé de choix pour la réparation des hypospadias balaniques.

Le procédé de Van Hacker consiste à créer dans le gland un canal par transfixion, et à amener l'urèthre préalablement disséqué. Celui de Beck consiste à disséquer l'urèthre et à l'amener à la face inférieure de la gouttière balanique avivée. Plus tard, Beck adopte à son tour la transfixion du gland.

PREMIER TEMPS. — *Isolement et mobilisation de l'urèthre.* — Une incision circonscrit le méat entouré d'une courte collerette, et se prolonge sur la ligne médiane à la face inférieure de la verge. L'urèthre est disséqué sur une largeur suffisante correspondant à l'allongement qu'on se propose de lui imposer. Cette dissection est aisée; elle doit cependant être prudente pour éviter de blesser l'urèthre.

DEUXIÈME TEMPS. — *Tunnellisation du gland.* — On ponctionne le gland à sa base avec un bistouri, la pointe ne devant pas sortir trop haut, ce qui formerait un méat trop élevé sur le dos du gland.

TROISIÈME TEMPS. — *Transplantation de l'urèthre décollé dans le nouveau canal balanique.* — Elle se fait au moyen d'une pince de Kocher passée dans le canal et qui vient saisir l'ancien méat décollé que l'on amène au contact du nouveau méat. La collerette de muqueuse

(1) VON HACKER. — Zur operative Behandlung der Hypospadias glandis. *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1898, T. XXII, p. 271-276. — BECK. — A new operation for balan hypospadias *N. Y. Med. J.*, 1898, T. LXVII, p. 147 et *Deutsch Zeitsch f. Chir.*, Bd. 74 H. 12. *Rev. de Chir.*, 1905, T. II, p. 21.

qui a été ménagée est fixée à la muqueuse du gland par quelques points de fin catgut.

QUATRIÈME TEMPS. — *Suture de la peau.* — La peau est suturée à la face inférieure de la verge. Une sonde à demeure n'est pas nécessaire après l'intervention.

III. — Procédé de Landerer (1).

Il consiste à solidariser la face inférieure de la verge avec la face antérieure du scrotum.

Pour cela, sur la verge, deux bandes d'avivement sont créées de chaque côté, s'étendant du gland au delà de l'orifice hypospadien. Sur la face antérieure du scrotum, deux avivements similaires sont effectués qui permettent de solidariser le scrotum et la verge. Quand, au bout de quelques jours, la réunion a été obtenue, on sépare du scrotum tout le lambeau de peau scrotale qui a adhéré à la verge, et ainsi l'urèthre se trouve pourvu d'une paroi inférieure.

IV. — Procédé de Rochet (2).

Ce mode d'uréthroplastie a été imaginé par Bouisson et appliqué par Michel, le procédé de Rochet n'étant qu'une modification.

PREMIER TEMPS. — *Avivement de la verge.* — Sur la face inférieure de la verge, à distance d'un centimètre

(1) LANDERER. — In *Traité Chirurgical d'Urologie* de LEGUEU, p. 1279.

(2) ROCHET. — Nouveau procédé pour refaire le canal pénien dans l'hypospadias. *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1899, p. 673.

environ l'une de l'autre, on avive deux longues surfaces étendues de la base du gland à trois millimètres en avant de l'ouverture hypospadienne.

DEUXIÈME TEMPS. — *Taille du lambeau.* — On taille sur le scrotum un lambeau large de 2 cm. 5 environ, et de largeur un peu supérieure à celle de l'urèthre à reconstituer. On dissèque le lambeau d'arrière en avant, en lui donnant une certaine épaisseur jusqu'à trois ou quatre millimètres en arrière du méat anormal. Puis, on le fait basculer autour de son bord adhérent pour l'appliquer, face orientée en dehors, sur la face inférieure de la verge.

TROISIÈME TEMPS. — *Suture du lambeau.* — Les bords du lambeau scrotal sont retournés en dedans et réunis à la surface correspondante avivée de la face inférieure de la verge.

On laisse béantes à la base du nouveau canal deux ouvertures latérales, soupapes de sûreté pour l'écoulement de l'urine pendant la cicatrisation du lambeau, et que l'on ferme ultérieurement.

QUATRIÈME TEMPS. — *Taille et suture des lambeaux péniers.* — Le lambeau scrotal dont la face cruentée est tournée en dehors sera recouverte par des lambeaux empruntés au pénis. A partir de la lèvre externe de l'avivement pratiqué sur la face inférieure de la verge, on dissèque deux volets que l'on attire en dedans, et dont on réunit les bords sur la ligne médiane. La perte de substance du scrotum est refermée par des sutures. La reconstitution de l'urèthre balanique se fait ultérieurement suivant la technique de Duplay.

V. — Procédé de Nové-Josserand (1).

C'est le type le plus parfait des procédés de tunellisation.

PREMIER TEMPS. — *Urétrostomie périnéale*. — Il faut dériver temporairement vers le périnée les urines, ce qui empêche leur contact avec les sutures, et donne une sécurité considérable.

Fermeture de l'urèthre pénien et enfouissement sous la peau. — L'urèthre repéré par une bougie est disséqué sur une largeur de 2 à 3 centimètres. On pose une ligature au catgut sur le bout qui dépasse. Le moignon est enfoncé dans le tissu spongieux et cellulaire.

DEUXIÈME TEMPS. — *Tunnellisation et greffe*. — La verge étant tenue droite, on introduit un trocart par la fistule uréthrale, et on le dirige en avant vers le sommet du gland où il vient émerger à la place du futur méat. Une greffe dermo-épidermique a été fixée à la face externe de la cuisse ou interne du bras, et enroulée en spirale autour d'une sonde, sur laquelle elle est fixée par de fins catguts. La sonde munie de la greffe est glissée dans le nouveau canal d'arrière en avant, attirée par un tire-sonde. On ne met pas de sonde à demeure pour la fistule périnéale.

TROISIÈME TEMPS. — *Fermeture de la fistule périnéale*. — Elle est faite tard, quand le nouveau canal est constitué, et que les fistules inflammatoires qui ont pu se produire sont bien cicatrisées.

(1) NOVÉ-JOSSERAND. Sur une nouvelle méthode de restauration uréthrale dans l'hypospadias. *Journal médical*, 1897, T. LXXXV, p. 198, *Rev. chir.*, 1898, T. XVIII, p. 339-341.

Autres procédés dérivés de celui de Nové-Josserand.

— Rochet a proposé de combiner son procédé d'uréthroplastie avec celui de Nové-Josserand.

Au lieu de transplanter dans la tunellisation une gaine de greffes dermo-épidermiques, il transplante un lambeau cutané pris sur le scrotum.

Au lieu de greffes dermo-épidermiques, on a utilisé la transplantation veineuse (Tanton) (1), la transplantation uréthrale (Schneider).

VI. — **Procédé d'Ombredanne ou procédé du sac** (2).

PREMIER TEMPS. — *Préparation du lambeau doublure.*

— Le méat hypospade étant considéré comme centre, on décrit autour de lui une ligne ovale qui en avant passe à l'extrémité antérieure du gland, et en arrière se termine symétriquement, en U. Latéralement, la ligne va jusqu'aux limites de la face inférieure de la verge. Sur cette ligne, on faufile à petits points un catgut 00. Les points d'entrée et de sortie sont à l'extrémité postérieure du lambeau. On cerne le faufilage, par une incision, sauf à l'extrémité du gland. Puis on dissèque le lambeau en s'arrêtant avant d'arriver au niveau du méat hypospade. La partie antérieure du lambeau ovale n'est disséquée que sur ses parties latérales.

(1) TANTON. — La transplantation veineuse pour la réparation de l'urèthre. *Presse médicale*, 27 Janvier 1909, p. 65. Société de Chirurgie, 1910.

(2) OMBREDANNE. — Technique chirurgicale infantile.

DEUXIÈME TEMPS. — *Mise en place du lambeau double.* — On serre le catgut faufilé. On ramène l'extrémité postérieure du lambeau au niveau de l'extrémité antérieure du gland. On le plisse, le fronce en une sorte de bourse, au fond de laquelle est le méat hypospade, et dont l'entrée rétrécie correspond au nouveau méat qu'on se propose de créer en bonne place.

Si l'orifice hypospade est loin du sillon balanique, les côtés de la bourse ne sont pas fermés. Il reste deux fentes latérales, dues à ce que le lambeau n'a pas la largeur suffisante pour être amené à l'extrémité du gland.

TROISIÈME TEMPS. — *Dédoublement du prépuce.* — Sur la face balanique du prépuce, à trois millimètres du sillon balano-préputial, on incise la muqueuse concentriquement au gland jusqu'à un demi-centimètre des angles d'insertion préputiale.

Les incisions repartent et se dirigent vers les angles supérieurs du quadrilatère préputial. Le lambeau ainsi délimité est disséqué, et le prépuce dédoublé.

QUATRIÈME TEMPS. — *Boutonnière préputiale en Y.* — Elle est pratiquée sur la face dorsale. L'incision commence juste au niveau qui correspond au sillon balano-préputial, se prolonge sur une longueur égale à celle de la hauteur du gland, et se bifurque en Y, en limitant un petit lambeau à pointe arrondie. On engage le gland à travers cette boutonnière.

CINQUIÈME TEMPS. — *Adaptation du lambeau couverture* — Le gland émerge avec sa collerette préputiale de 3 millimètres que l'on fixe aux lèvres de la bouton-

nière par des serre-fines, sur la face inférieure de la verge, le lambeau du prépuce dédoublé s'adapte à la surface cruentée résultant du prélèvement du lambeau doublure. La pointe du lambeau couverture comprise entre les branches de l'Y s'applique sur la partie la plus haute de la bourse résultant du lambeau doublure.

Le lambeau préputial est fixé aux téguments de la verge, par des serre-fines.

PREMIÈRE RETOUCHE. — On la pratique trois semaines après.

Le gland, à cette période, présente à sa face inférieure une gouttière en face de laquelle est un tubercule saillant adhérent au gland par sa base et la partie profonde de ses faces latérales. Il en est séparé par deux rainures latérales (fissures uréthrales de la bourse, fermées par le lambeau doublure). On avive sur la face inférieure du gland et les côtés deux bandelettes de trois millimètres de large, et on juxtapose les surfaces avivées.

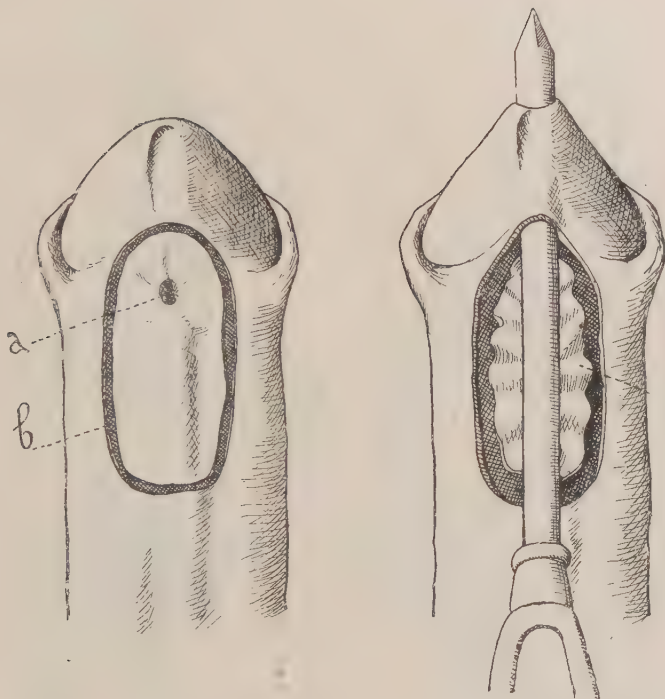
SECONDE RETOUCHE. — Trois semaines après, on excise les lambeaux préputiaux exubérants, qui forment oreilles sur les côtés du gland.

Autres procédés utilisant le prépuce pour la réfection de l'urèthre. — Ce sont les procédés de Kœnig, Gaudier et Colle (1). Voici très résumée la technique de ces derniers auteurs.

a) Section dorsale et médiane du prépuce selon l'axe de la verge.

(1) GAUDIER ET COLLE. — Un nouveau procédé de cure de l'hypospadias balanique. *Société de Chirurgie*, 1904. T. XXX, page 819.

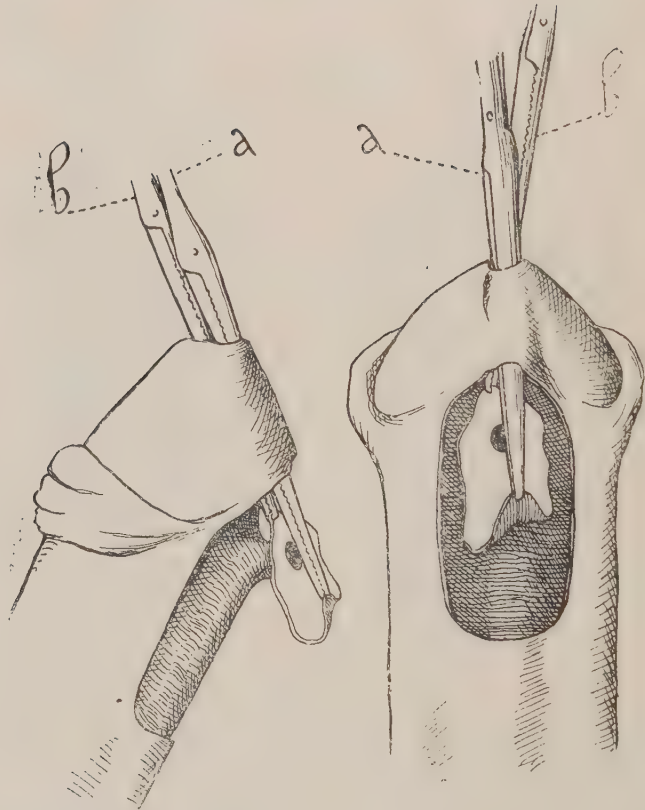
PLANCHE I



1^{er} TEMPS. — Dissection d'un lambeau ovalaire autour du méat anormal; la portion inférieure du lambeau est plus large que la supérieure.

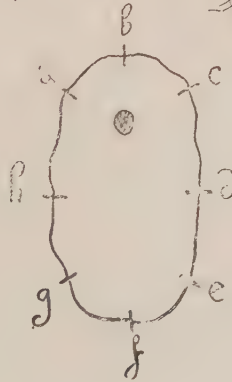
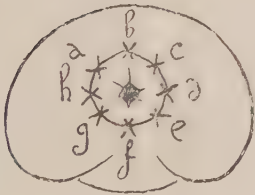
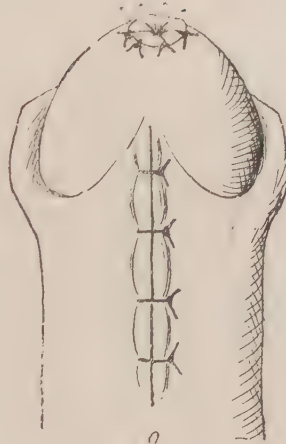
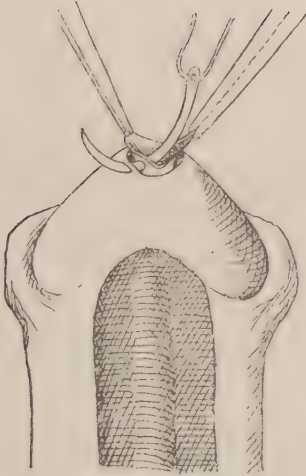
2^e TEMPS. — Forage d'un tunnel à travers le gland, à l'aide d'un trocart. Le tunnel est élargi à l'aide d'une pince à forcipressure dont on écarte les branches, afin d'obtenir un canal assez large pour ne pas comprimer le lambeau qui sera ultérieurement introduit dans ce canal.

PLANCHE II



3^e TEMPS. — La pince ventrale (*a*) va saisir le bord inférieur du lambeau, la pince dorsale (*b*) son bord supérieur. Les bords du lambeau sont amenés au nouveau méat, la pince *a* retournant la partie inférieure du lambeau et invaginant le méat hypospade au fond d'un entonnoir cutané. La surface cruentée du lambeau répond dans toute son étendue à la surface cruentée du tunnel balanique.

PLANCHE III



En haut et à gauche.

4^e TEMPS. — Suture des bords du lambeau au pourtour du nouveau méat.

En haut et à droite.

Suture de la brèche cutanée de la face inférieure du pénis.

En bas.

Points où doivent être placées les sutures, sur le nouveau méat et sur les bords du lambeau, pour obtenir un urèthre régulier.

b) Section du prépuce perpendiculairement à l'axe de la verge, au niveau de son insertion balanique, en gardant un pédicule au niveau du frein.

c) Bascule du lambeau au-dessous et suture de ses bords, de telle façon qu'il fasse plancher à l'urèthre balanique.

Procédé de Donnet (1). — Il utilise un lambeau taillé aux dépens du prépuce. Le lambeau dédoublé est introduit par tunellisation de la verge et du gland, de façon à constituer un canal uréthral qui est abouché secondairement à l'ancien méat hypospade.

(1) DONNET. — *Société de Chirurgie*, 1906, T. XXXII, page 1002.

CHAPITRE II

A. Dean Bevan, partisan en principe du procédé de Von Hacker-Beck, lui a dû de « tels échecs » qu'il avait presque renoncé à intervenir pour hypospadias, lorsqu'il imagina son procédé (1).

Le résultat obtenu fut excellent, dans le seul cas où il l'ait employé; sans aucune bride cicatricielle, sans aucune tendance à la rétraction, avec fonctionnement parfait. Le tube cutané de large calibre, très élastique, s'est ultérieurement rétracté pour donner un urèthre de calibre modéré parfaitement adapté. Il est vrai qu'il s'agissait d'un cas particulièrement favorable, méat hypospade siégeant à un pouce (3 cm.) du gland. Mais l'auteur pense qu'une légère modification de technique permettrait de traiter les hypospadias où le méat est situé à 4 cm. et demi, voir même 6 centimètres de la place qu'il devrait occuper.

Cette opération, quoique l'auteur n'en parle pas, n'est qu'une combinaison des procédés de Von Hacker-Beck, dont elle utilise la voie transglandulaire, et d'Ombre-

(1). ARTHUR DEAN BEVAN. M. D. Chicago. A New Operation for hypospadias. — *Journal American Association*. Chicago 1917, T. LXVIII. B. p. 1032-1033.

danne-Rochet, qui emploient le lambeau. Cette modification n'en reste pas moins ingénieuse et intéressante, en raison des résultats excellents obtenus dans les deux cas où le procédé a été utilisé (Cas de Bevan. Cas de Gernez).

A. D. Bevan, dans l'article où il signale son procédé, dont nous venons de résumer l'esprit, ne donne malheureusement ni observation, ni description détaillées de sa technique. Mais, celle-ci est facile à comprendre d'après les figures : c'est celle que reproduit en détail l'observation de M. Gernez que nous rapportons. Elle peut schématiquement se diviser en 4 temps :

PREMIER TEMPS. — *Tracé du lambeau.* — Celui-ci est tracé à la face inférieure du gland et de la verge, lambeau ovalaire circonscrivant le méat. La portion sus-méatique sera plus courte que la portion inférieure. Toutes deux sont calculées de telle sorte que les bords atteignent sans tiraillement l'extrémité du gland, quand on mobilisera le lambeau.

Ce lambeau est disséqué jusqu'au pourtour du méat, en lui donnant le moins d'épaisseur possible, mais en tenant compte qu'il doit garder sa vitalité et ne pas être perforé.

DEUXIÈME TEMPS. — *Tunnellisation du gland.* — A l'aide d'un trocart, on perce le gland, comme dans le procédé de Von Hacker-Beck. Ce tunnel est élargi à l'aide d'une pince à forcipressure, dont on écarte les branches, afin d'obtenir un canal assez large pour ne pas comprimer le lambeau qui va venir prendre place dans sa lumière.

TROISIÈME TEMPS. — *Mise en place du lambeau.* — Deux pinces vont saisir le lambeau à travers le canal glandulaire, et l'amener au nouveau méat. Une pince dorsale attire le lambellule supérieur sans le retourner. Une pince ventrale saisit le bord inférieur du lambellule sous méatique et le retourne.

Le méat hypospade est ainsi invaginé dans un entonnoir cutané, comparé par Bevan à un parapluie retourné, dont le manche serait l'urèthre pénien.

Les surfaces cruentées s'accolent.

QUATRIÈME TEMPS. — *Suture du lambeau.* — Les lèvres du lambeau sont exactement suturées au pourtour du nouveau méat; quelques points ferment la brèche cutanée de la face inférieure de la verge.

Observation.

Communiquée par M. le Docteur Gernez,
médecin des Hôpitaux.

G. C. — Manœuvre, 17 ans. Hypospade pénien.

L'ouverture du méat punctiforme est à quelques millimètres plus bas qu'une ligne transversale passant par la base du gland. Le jet filiforme d'urine dirigé en bas directement gêne le malade qui désire être débarrassé de cette infirmité.

Gland normal, découvert. Prépuce rabattu en jugulaire en arrière du gland. A la face inférieure du gland, existe une rainure longitudinale joignant l'orifice urétral à la pointe du gland.

Verge bien conformée. Scrotum et testicules normaux.

Intervention le 6 Janvier 1920. (Docteur Gernez). Sous anesthésie générale.

1^{er} temps. — Dilatation de l'orifice urétral rétréci, avec une pince.

2^e temps. — Taille du lambeau et dissection. — La verge est remontée sur le ventre, et la face inférieure du gland et la peau de la verge sont étalées. On trace un lambeau elliptique empiétant sur la rainure longitudinale sus-jacente à l'orifice, et en bas descendant à 2 centimètres au-dessous de lui. L'incision comprend la peau jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané sur les côtés et en bas. En haut, sur le gland et la rainure longitudinale, elle est menée légèrement, afin de ne pas entamer le corps spongieux.

Tout ce lambeau est disséqué, fin, jusqu'au pourtour de l'orifice urétral, relevant de bas en haut la partie inférieure, abaissant de haut en bas, avec prudence, la partie supérieure.

On évite de s'avancer trop près de l'urèthre dont on dégage cependant l'extrémité supérieure (face dorsale).

Compression simple de quelques minutes pour arrêter l'hémorragie.

3^e temps. — Tunnellisation du gland. — Avec un gros trocart, on tunnellise le gland de bas en haut, en piquant juste au-dessus de l'extrémité supérieure de l'urèthre, à la base du gland, sur la ligne médiane, et on sort en un point bien repéré, au centre de l'extrémité balanique, un peu sur la face dorsale. Le trocart retiré, une bonne pince de Kocher dilate doucement et à plusieurs reprises le trajet.

Avec deux pinces de Halsted, on saisit les extrémités supérieure et inférieure du lambeau que l'on amène à travers le trajet, jusqu'à l'extrémité du gland. On étale en corolle le lambeau cutané, et par une série de points séparés à la soie fine, on fixe ses lèvres au pourtour de l'orifice balanique artificiellement créé. Les sutures sont faites avec les aiguilles

à suture de la cornée, et les pinces à disséquer des ophtalmologistes.

4^e temps. — Réfection du filet. On suture alors longitudinalement la plaie ovale, et on met un soin tout particulier à la réfection du filet.

Pansement au collargol. Une simple compresse sur la verge.

Le malade urine facilement, le soir. Après chaque miction, on panse à nouveau au collargol.

Le lendemain, une érection ne gêne en rien le sujet.

Fils enlevés le 6^e jour.

Le 10^e jour, on passe une bougie 16 pour dilater le trajet; on va progressivement jusqu'au 22.

Le résultat est parfait. Le jet d'urine est cependant un peu vrillé. On passe facilement une sonde N° 20.

Malade revu fin Mai. Résultat des plus satisfaisants.

CHAPITRE III

Quels inconvénients présentent les procédés classiques de cure de l'hypospadias? Ces inconvénients varient avec les procédés.

Presque tous ont l'inconvénient de nécessiter une série de temps opératoires, séparés par des intervalles de plusieurs semaines, intervalles qui sont la condition même du succès. Ainsi le malade est immobilisé pendant une longue période.

L'exécution de ces procédés est parfois délicate, et le nombre des échecs reste grand.

Ou bien le résultat obtenu est imparfait et nécessite les interventions secondaires.

Signalons parmi les séquelles fréquentes, la persistance d'une petite fistule à la jonction du nouveau et de l'ancien canal (procédés de Duplay-Rochet-Nové-Josserand).

Il est encore commun d'observer que le canal créé possède un calibre restreint, souvent rétréci dès sa formation (procédé de Nové-Josserand).

Les procédés de Von Hacker-Beck, s'ils donnent un plus grand nombre de succès, laissent souvent à titre de

séquelles l'ombilication du gland et la coudure de la verge.

Il va sans dire que l'infirmité est d'autant plus difficile à corriger que le méat hypospade est situé plus bas, et que le traitement des hypospades scrotaux soulève d'autres difficultés que celui des hypospades balaniques. Mais, dans la plupart de ces procédés, le nombre des échecs de la cure radicale reste élevée.

La technique décrite par M. Ombrédanne échappe à la plupart de ces critiques. Le procédé excellent n'a d'autre inconvénient que la nécessité de plusieurs temps séparés par des intervalles d'ailleurs plus courts que ceux nécessités par les autres procédés. La technique de M. Ombrédanne ne comporte pas la dérivation préalable des urines par voie périnéale ou hypogastrique, ce qui est une grande simplification. Et nous pensons que le procédé de M. Ombrédanne reste le procédé de choix dans le traitement des hypospadias péniers postérieurs ou scrotaux.

Toutefois, en ce qui concerne les hypospadias péniers antérieurs balaniques, M. Ombrédanne discute lui-même l'opportunité de sa méthode, et la met en parallèle avec le procédé de Von Hacker.

Or, c'est au traitement de ces hypospadias balaniques que convient essentiellement la méthode de A. Dean Bevan. Mais elle aussi aisément réalisable si le méat hypospade est pénien antérieur. Le procédé ne doit être appliqué que chez les grands enfants ou les adolescents, chez lesquels la verge a déjà un certain degré de développement.

Les avantages de la méthode de A. Dean Bevan sont les suivants :

1° Un seul temps opératoire. En quelques jours, le sujet est guéri, et a vu sa malformation disparaître.

2° Le canal néoformé est large, sans tendance au rétrécissement, ni à la rétraction cicatricielle secondaire.

3° Sur le procédé de Von Hacker, ce dernier a l'avantage de ne pas raccourcir la partie inférieure de la verge, de ne pas la couder, de ne pas tirer l'urèthre.

4° Aucune dérivation préalable des urines.

5° Pas de fistules secondaires.

6° S'il y a échec et désunion, on n'a pas endommagé l'urèthre, et une autre intervention peut être tentée sans difficulté.

7° La technique opératoire est simple et l'opération facile.

Notons enfin que le lambeau, taillé sur la partie antérieure de la verge — région glabre — n'expose pas à l'inconvénient de voir le néo-canal se couvrir de poils, comme on l'observe dans les urèthres créés aux dépens de la peau scrotale.

CONCLUSIONS

I. — Les procédés classiques de traitement de l'hypospadias nécessitent habituellement une série de temps assez complexes. Ils laissent place à un assez grand nombre d'échecs.

II. — La technique de M. Ombrédanne, excellente pour les hypospadias « graves » (péniens postérieurs ou scrotaux), est compliquée pour les hypospadias balaniques ou péniens antérieurs.

III. — Aux hypospadias balaniques et péniens antérieurs convient la méthode de A. Dean Bevan.

IV. — Elle associe le procédé du sac d'Ombrédanne à la tunnellisation de Von Hacker.

V. — Cette méthode a l'avantage de ne nécessiter qu'un seul temps opératoire, de donner un canal large, de ne laisser aucune séquelle opératoire.

VI. — En cas d'échec, l'urèthre n'est pas endommagé, et une nouvelle intervention peut être tentée.

VII. — Les deux cas opérés par le procédé ont donné un résultat des plus satisfaisants.

Vu : le Président,
GOSSET

Vu : le Doyen,
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

AUTEURS CONSULTÉS

- Beck. — A new operation for balani hypospadias, *h. γ. med J.* 1898, T. LXVII, p. 147.
 — *Deutsch Zeitsch f. Chir.*, Bd 74, H. 1-2.
Ret. de chir., 1905, T. II, p. 21.
- A.-D. Bevan. — M. D. Chicago. A New operation for hypospadias. *Journal American Association*, Chicago, 1917, T. LXIII, p. 1032-1033.
- Donnet. — *Société de chirurgie*, 1906, T. XXXII, p. 1002.
- Duplay. — De l'hypospadias périnéo-scrotal et de son traitement. *Archives générales de médecine*, 1874, 6^e série, T. XXIX, p. 519 et 657.
 — Sur le traitement chirurgical de l'hypospadias et de l'épispadias. *Archives générales de médecine*, 1880, 7^e série, T. V. p. 257.
- Gaudier et Colle. — Un nouveau procédé de cure de l'hypospadias balanique. *Société de chirurgie*, 1904, T. XXX, p. 819.
- Nové-Josserand. — Sur une nouvelle méthode de restauration urétrale dans l'hypospadias. *Journal médical*, 1897, T. LXXXV, p. 198.
 — *Rev. chirurg.*, 1898, T. XVIII, p. 339-341.
- Landerer. — In *Traité chirurgical d'Urologie* de LEGUEU, p. 1279.
- Ombredanne. — *Technique chirurgicale infantile*, p. 206.
- Rochet. — Nouveau procédé pour refaire le canal pénien dans

l'hypospadias. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1899, p. 673.

Tanton. — La transplantation veineuse pour la réparation de l'urèthre. *Presse médicale*, 27 Janvier 1909, p. 65.

— *Société de Chirurgie*, 1910.

Von Hacker. — Zur operative Behandlung der hypospadias glandis. *Beitr.z. klin. chir.*, 1898; T. XXII, p. 271-276.

Coulommiers.

Imprimerie DESSAINT et Cie.
